

障害者委託訓練提案書(作業実務コース)

平成 年 月 日

千葉県立障害者高等技術専門校長 様

(申請者) 所在地
設置者
代表者職・氏名

通常、社判を使用している場合は社判を押印

印

千葉県が実施する平成29年度障害者委託訓練事業(作業実務コース)に係る障害者委託訓練提案書を提出します。

| | | | | |
|-------------------|---|---|-----------------------------------|---|
| 訓練コース | 作業実務コース | | 新規・継続 申請の別 | 新規 継続 |
| 責任者 | TEL | e-mail | | |
| 連絡担当者 役職 | TEL | e-mail | | |
| 訓練実施施設 | 名称: | | | |
| | 所在地: | | | |
| | 電話番号: | FAX番号: | | |
| | 最寄駅・バス停 | 最寄駅・バス停からの距離 所要時間 | | m / 分 |
| 訓練目標 (具体的に) | コミュニケーションスキルや体力・集中力など就労に必要な基本的な姿勢・態度を身に付ける。 | | | |
| 訓練内容 (訓練項目) | 例1 ダンボールの組み立てや菓子箱詰め等の軽作業 例2 商品入力作業・清掃作業等 例3 ピッキング作業 例4 就職支援(面接指導、履歴書の作成 等) * 主な使用器具等() | | | |
| 訓練時期 (可能な月に○を) | 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 1, 2, 3 (月) | 訓練時間 訓練日数 | 5 時間/日 | 20 日/月 |
| 訓練期間 | 1ヶ月 ・ 2ヶ月 ・ 3ヶ月 | 総訓練時間 | 300時間 | |
| 訓練時間 | 10時00分 ~ 16時00分 (休憩時間 60分) | 訓練休日 | 土・日・祝日 その他() | |
| 訓練可能障害 | 1 視覚障害 | 2 聴覚障害 | 3 肢体不自由障害(上肢 下肢)※車椅子の方 (可 不可) | |
| | 4 内部障害 | 5 知的障害 | 6 精神障害 | 7 発達障害 |
| | 1回の訓練での同時実施可能人数 | | 特記事項 | |
| | 3人 | | 聴覚障害については軽度の方 | |
| 指導体制 | 指導者数 | 1名 | 就職支援 体制 | 例) 就職担当者を配置し、月1回個別に訓練生の相談にあたり 例) ジョブコーチが就労支援に対応する。 |
| | 障害に対する配慮 | 例) 多目的トイレ エレベーター スロープの設置 駐車場使用可能 等 絵・写真カードを利用し視覚に訴える支持伝達の工夫 等 体調に配慮した柔軟な訓練体制 相談担当者指名 相談窓口設置 等 | | |
| 訓練実施に必要なスキル | 特になし | | | |
| 訓練実績 | 年度 | 委託訓練生(人) | 就職者(人) | 他の職業訓練や特別支援学校の現場実習等の実績 |
| | 26 | | | |
| | 27 | | | |
| | 28 | | | |
| 福祉事業の実施 | 有・無 | 就労継続A型 | 就労継続B型 | 就労移行支援 自立訓練 生活介護 その他() |

5時間(日)×20日間(1ヶ月)
×3ヶ月(訓練期間)=300時

受入可能障害種に
○印をつけてください

| | |
|------------------------|-------------------------|
| (備考)※千葉県立障害者高等技術専門校記入欄 | 千葉県立障害者高等技術専門校 受理年月日 |
|------------------------|-------------------------|

複数施設における訓練実施概要書

| | | | | |
|--------------|-----------------------|-----------------------|---------------|------------------|
| 訓練実施場所② | 施設名 | | | |
| | 連絡先担当者 役職 | | 担当者 e-mail | |
| | 所在地 | | | |
| | 電話番号/FAX | TEL | FAX | |
| | 最寄駅・バス停 | | 駅 | (バス停) |
| | 最寄駅・バス停からの 距離・所要時間 | km | m | 分 |
| | 訓練内容 (訓練項目) | | | |
| | 訓練日数 | 時間/日 | 日/月 | 総訓練時間 時間 |
| 訓練実施場所③ | 施設名 | | | |
| | 連絡先担当者 役職 | | 担当者 e-mail | |
| | 所在地 | | | |
| | 電話番号/FAX | TEL | FAX | |
| | 最寄駅・バス停 | | 駅 | (バス停) |
| | 最寄駅・バス停からの 距離・所要時間 | km | m | 分 |
| | 訓練内容 (訓練項目) | * 主な使用器具等() | | |
| | 訓練時間 | 時 分 ~ 時 分 (休憩時間 分) | 訓練休日 | 土・日・祝日 その他() |
| 訓練時間 訓練日数 | 時間/日 | 日/月 | 総訓練時間 時間 | |
| 訓練実施場所 | 施設名 | | | |
| | 連絡先担当者 役職 | | 担当者 e-mail | |
| | 所在地 | | | |
| | 電話番号/FAX | TEL | FAX | |
| | 最寄駅・バス停 | | 駅 | (バス停) |
| | 最寄駅・バス停からの 距離・所要時間 | km | m | 分 |
| | 訓練内容 (訓練項目) | * 主な使用器具等() | | |
| | 訓練時間 | 時 分 ~ 時 分 (休憩時間 分) | 訓練休日 | 土・日・祝日 その他() |
| 訓練時間 訓練日数 | 時間/日 | 日/月 | 総訓練時間 時間 | |

複数箇所がある場合のみ
なので、②から始まる。
3枚目は、⑤から始まる。

施設・設備等概要書

提案訓練コース：作業実務コース

訓練実施施設名：

| | |
|--|--|
| <p>駐 車 場</p> | <p>【有・無】 (5 台 ※うち障害者用 0 台)</p> |
| <p>施 設 の 状 況</p> | <p>独立施設・建物の1フロア-(1階)・建物の複数フロア-(フロア-) 建物の1室・建物の複数室(室)・その他()</p> |
| <p>設 備 バ リ ア フ リ ー</p> | <p>・エレベーター・自動ドア・引き戸・スロープ・点字ブロック・階段手すり ・その他()</p> |
| <p>権 利 物 関 係</p> | <p>【訓練場所】 自己所有・賃貸(契約書写しを添付すること) 【面接・面談場所】 自己所有・賃貸</p> |
| <p>福 利 厚 生 設 備</p> | <p>食堂・休憩コーナー・給茶室・給茶器・自販器・冷蔵庫・電子レンジ 喫煙コーナー・ロッカー 其他() ○昼食の場所 教室・休憩コーナー・其他</p> |
| <p>ト イ レ</p> | <p>個所数(2)個所 男女別・男女兼用 教室フロアと同じフロア 教室フロアと別のフロア 身障者用(車椅子対応)トイレ 有・無</p> |
| <p>設 備 等 他 の</p> | <p>○その他の設備等(ありましたら記入してください)</p> |

様式4

訓練日程表(訓練生:)

訓練実施施設名: NPO法人〇〇〇

日程の中に、就職支援をいれること

訓練期間: 5月2日~7月29日【3ヶ月】

総訓練時間: 329

| 月 | 日曜 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |
|----|------|-------------|-------------|-------------|---|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----|----|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----|-----|
| | | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | |
| 5月 | 訓練内容 | | 開講式 | | | | ○ ○ ○ | | | ○ ○ ○ | ○ ○ ○ | | | ○ ○ ○ | | | ○ ○ ○ | | | ○ ○ ○ | | | | | ○ ○ ○ | ○ ○ ○ | | | | | | | |
| | 時数 | | 0 | | | | 6 | | | 6 | 6 | | | 6 | | | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | | | | | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | | | |
| | 月合計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6月 | 訓練内容 | ○ ○ ○ | ○ ○ ○ | ○ ○ ○ | | | ○ ○ ○ | ○ ○ ○ | ○ ○ ○ | ○ ○ ○ | | | ○ ○ ○ | ○ ○ ○ | ○ ○ ○ | ○ ○ ○ | ○ ○ ○ | | | ○ ○ ○ | ○ ○ ○ | ○ ○ ○ | ○ ○ ○ | ○ ○ ○ | ○ ○ ○ | ○ ○ ○ | ○ ○ ○ | ○ ○ ○ | ○ ○ ○ | ○ ○ ○ | ○ ○ ○ | | |
| | 時数 | 5 | 6 | 6 | | | 5 | 5 | 5 | 6 | 6 | | | 5 | 5 | 5 | 6 | 6 | | | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 6 |
| | 月合計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7月 | 訓練内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 閉校式 |
| | 時数 | 5 | | | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | | | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | | | | | 5 | 5 | 5 | | | | | | | 5 | 5 | 0 | |
| | 月合計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

当該開講コースの期日を記入

訓練期間の総合計を

開講式は訓練設定なし

概要を記入する

各月の総合計を記入

標準:100時間/月
作業実務コース 最低:80時間/月

閉講式は訓練設定なし

使 用 教 科 書 等

提案訓練コース:作業実務コース

訓練実施施設名:

【受講生負担で購入するもの】

| 教科書名・制服等 | 出版社名等 | 価格 | 備考 |
|----------|-------|------|-------|
| 給食 | | 650円 | 希望者のみ |
| 作業着 | | 無償 | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 合 計 | | | |

【受講生に無償で配布するもの】

| 教科書名・制服等等 | 備考 |
|-----------|----|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

提案訓練コース:作業実務コース

訓練実施施設名:

| | | |
|---------|----------|--|
| 責任者 | 氏名 | |
| | 電話番号 | |
| | FAX番号 | |
| | メールアドレス | |
| 実質事務担当者 | 氏名 | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>就職支援担当者について</p> <p>平成28年度より「就職支援経費」を支給するにあたり、「就職支援責任者」を配置をしていただく必要があります。「責任者」や「実質事務担当者」を兼務しても構いませんので、責任者の記載をお願いします。</p> </div> |
| | 電話番号 | |
| | FAX番号 | |
| | メールアドレス | |
| 就職支援責任者 | 氏名 | |
| | 電話番号 | |
| | FAX番号 | |
| | メールアドレス | |
| 講師 | 氏名 | |
| | 常勤・非常勤の別 | |
| | 経験年数 | |
| | 資格・免許等 | |
| | 氏名 | |
| | 常勤・非常勤の別 | |
| | 経験年数 | |
| | 資格・免許等 | |
| | 氏名 | |
| | 常勤・非常勤の別 | |
| | 経験年数 | |
| | 資格・免許等 | |

※ 講師人数が4名以上の場合は、コピーして使用してください。

誓 約 書

平成 年 月 日

千葉県立障害者高等技術専門校長 様

(申請者) 所 在 地

設 置 者

代表者職・氏名

印

平成 年 月 日付で申請した平成29年度障害者委託訓練提案に係わる内容について、下記のとおり誓約します。

提案書様式1の日付を
記入する。

記

1 提案コース名 作業実務コース

2 訓練実施施設名

3 誓約内容

(1) 提出する書類について事実と相違ないこと。

(2) 認定を受けた提案内容について提案内容を遵守し実施すること。

様式9

障害者委託訓練 提案書類一覧

提出日:平成 年 月 日

提案機関名

提案コース名 :作業実務コース

| No. | 様式番 | 様式名 | 提案機関 チェック欄 | 専門校 チェック欄 |
|-----|-----|---|---------------|--------------|
| 1 | 様式1 | 障害者委託訓練提案書 | | |
| 2 | 様式2 | 複数施設における訓練実施概要書 | (※1) | |
| 3 | 様式3 | 施設・設備等概要書 ・訓練実施場所を所有→不動産登記簿謄本(写し可)を提出 ・訓練実施場所を賃借→賃貸借契約書(写)を提出 | (※2) | |
| 4 | 様式4 | 訓練日程表 | (※3) | |
| 5 | 様式5 | 使用教科書等 | (※4) | |
| 6 | 様式6 | 訓練実施運営体制表 | (※5) | |
| 7 | 様式8 | 誓約書 | | |
| 8 | 様式9 | 障害者委託訓練 提案書類一覧 | | |

※1 訓練実施場所が複数箇所ある場合に提出する。

一枚で足りない場合は、この用紙を複製して使用する。

※2 訓練実施施設が複数ある場合については、施設ごとに作成する。

その際、この用紙を複製して使用する。

※3 訓練開始決定後に提出

※4 使用教材等がない場合は、「なし」と記載して提出

※5 委託先として内定後に提出